МЕНАЏМЕНТ ПРОМЕНАМА – ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПРОМЕНЕ ВИСОКОГ УТИЦАЈА БР. 10 У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ СРБИЈЕ

Јелена Крстић¹

CHANGE MANAGEMENT – IMPLEMENTATION OF HIGH IMPACT CHANGE NO 10 IN PRIMARY HEALTH CARE IN SERBIA

Jelena Krstić

Сажетак

На основу стратешких докумената Министарства здравља Србије постоји потреба јачања, модернизације и реорганизације примарне здравствене заштите у Србији. Радници на примарном нивоу оптерећени су администрацијом, недостаје времена за квалитетан рад са пацијентима, као и адекватне модерне вештине потребне за пружање квалитетније услуге.

Циљ овог рада је да се укаже на могућност имплементације једне од промена високог утицаја у примарну здравствену заштиту здравственог система Србије, у циљу унапређења квалитета рада, растерећења запослених, боље доступности услуге и са крајним циљем добијања бољих здравствених исхода.

Промена високог утицаја број 10 „Редизајнирање и проширење улога у складу са ефикасним путевима пацијената” примењена је у Великој Британији и на примарном и на секундарном нивоу, и дала је вишеструке бенефите. Редизајнирање улога на примарном нивоу заштите у здравственом систему Србије био би крупан корак али и добро решење за већину детектованих слабости примарног нивоа.

Кључне речи: промена, агенција, стратешки документи, утицај, примарни ниво.

Summary

Regarding strategic documents of Serbian Ministry of Health, there is a need for empowerment, modernization and reorganizing of Primary Health Care in Serbia. Health workers on Primary level are overloaded with administration, there is a lack of time for quality work with patients as well as lack of adequate modern skills for quality service delivery.

The purpose of this work is to show the possibility of implementation of one of the High impact changes, applied in Great Britain's Health System, in Primary Health Care in Serbia, aiming towards work quality improvement, less load of employees, better accessibility of service and with final purpose to achieve better health outcomes.

High impact change No 10 „Redesign and extend roles in line with efficient patient pathways” was implemented in Great Britain both on primary and secondary level, and gave multiple benefits. Role redesign on primary level in health system of Serbia would be a great step but a good solution for majority of detected primary level weaknesses.

Key words: change, agency, strategic documents, impact, primary level.

¹ Др Јелена Крстић, Дом здравља Крагујевац (Primary Health Care Center Kragujevac).

УВОД

Према Стратегији развоја примарне здравствене заштите Министарства здравља Републике Србије „Боља примарна здравствена заштита за све нас”, примарна здравствена заштита се реализује пре свега кроз промоцију здравља, примарну превенцију и стално унапређење и очување здравља грађана. Инструментализује се кроз тимски, интердисциплинарни и мултисекторски рад.⁽¹⁾

Мацинко и сарадници наводе да здравствени системи који се ослањају на систем ПЗЗ дају боље здравствене исходе у односу на остале детерминанте здравља становништва. Збрињавање у амбулантним условима, спречавање настанка болести, контрола акутне епизоде или хроничних стања болести даје вишеструке користи а мање трошкове у односу на стационарно лечење.⁽²⁾

У документу „Боље здравље за све у трећем миленијуму” потврђена је потреба за јачањем система примарне здравствене заштите у Србији. Према стратегији развоја ПЗЗ Министарства, иако су значајне инвестиције уложене у инфраструктуру ПЗЗ, пружаоци услуга на примарном нивоу наводе забринутост због обима посла, радне средине, недостатка времена и модерне опреме која им је потребна у обављању посла. Чекаонице су по њиховим наводима увек пуне, пацијенти су често узнемирени, и поред система заказивања дешава се да се дуго чека на услугу. Увођењем политике изабраног лекара многи лекари опште медицине осећају да немају довољно вештина да обављају све функције дефинисане улогом изабраног лекара. Општа култура пружања квалитетне здравствене заштите и модернизација медицинске праксе није се развијала током претходних година.⁽¹⁾

Приступ висококвалитетној здравственој заштити основно је људско право које препознаје и цени Европска унија, њене институције, као и грађани Европе. У складу са

тим, пацијенти имају право да очекују да су учињени сви напори да би се осигурала њихова безбедност као корисника здравствених услуга.⁽³⁾

Национални здравствени систем (NHS) Велике Британије, препознавши потребу за унапређењем услуга, основао је Агенцију за модернизацију здравствених услуга 2004. године, која је, истражујући на пољу унапређења услуга, радила са неколико хиљада клиничких тимова у периоду од три године. Том приликом дошло се до сазнања да применом дефинисаних десет промена које је Агенција назвала “променама високог утицаја”, долази се до значајног унапређења. На основу добијених доказа у истраживању, израђен је Водич о променама високог утицаја од стране Агенције – за лидере у здравственом систему, који објашњава нове начине размишљања у погледу пружања услуга. Циљ ових промена јесте да сваки пацијент добије најбољу могућу услугу – сваки пут. Промене високог утицаја, као и сам водич, засноване су на доказима а не на теоретским импликацијама и академским претпоставкама групе експерата.⁽⁴⁾

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је да се укаже на могућност имплементације једне од промена високог утицаја, тачније промене број 10 „Редизајнирање и проширење улога здравствених радника у складу са ефикасним путевима пацијената”, у примарној здравственој заштити здравственог система Србије, у циљу унапређења квалитета рада, растерећења запослених, боље доступности услуге и са крајним циљем добијања бољих здравствених исхода.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Коришћен је квалитативни метод рада, претраживана је постојећа литература и стратешки документи Министарства здравља Републике Србије, упоређивани су добијени резултати са препорукама и доказима из Водича Агенције за модернизацију Националне здравствене службе Велике Британије за имплементацију промена високог утицаја. У изради тог водича коришћени су други национални водичи, национални подаци или подаци из пилот-пројеката, извештаји, студије случајева и закључци који наводе на потребе за променама.

ПРОМЕНА ВИСОКОГ УТИЦАЈА БРОЈ 10

Промене високог утицаја су базиране на три принципа:

1. Организоване су са пацијентом у фокусу,
2. Засноване су на доказима (evidence-based),
3. Имају системски приступ на пружање здравствених услуга.

Промена о којој је реч у овом раду јесте Промена високог утицаја број десет: Редизајнирање и проширење улога здравствених професионалаца у складу са ефикасним протоком пацијената.⁽⁴⁾

На основу доказа, након примене ове промене, повећан је број запослених кадрова из ширег спектра професија у циљу пружања здравствене заштите, што говори о интегрисању здравствене услуге, скраћено је време и листе чекања, веће је задовољство и запослених и пацијената, бољи су клинички исходи, повећано је време проведено у раду са пацијентима, и већа је уштеда. Институције које су примениле ову промену склапају боље уговоре са другим релевантним институцијама.⁽⁴⁾

Ова промена се сматра једном од најутицајнијих и њеним увођењем доприноси се индиректно још неким променама високог

утицаја. У оквиру ове промене у здравственом систему Велике Британије предлаже се увођење следећих улога тј. занимања:

- административно и чиновничко особље (особе које би у нашим условима преузеле већи део чиновничког посла здравствених професионалаца, чиме се сматра да се добија три сата недељно више за рад са пацијентима),
- асистент практичар (може лекар или сестра/техничар, особа која би одговарала на мање хитна стања и тиме се растерећивала служба од непотребних пријема),
- виши практичар – асистент лекара (здравствено особље које би својим радом допринело већем протоку пацијената, бољој доступности службе за пацијенте и смањењу чекања).⁽⁴⁾

Компатибилност са потребама у здравственом систему Србије види се пре свега у СТРАТЕГИЈИ РАЗВОЈА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СРБИЈЕ за период 2010–2015. године, где се наводе правци здравствене политике у вези са људским ресурсима, али и у Стратегији сталног унапређења квалитета рада и безбедности пацијената. У Стратегији развоја ПЗЗ између осталог стоји:

- потреба да Министарство здравља изради стратегију развоја људских ресурса за ниво примарне здравствене заштите као део опште Стратегије развоја људских ресурса за систем здравствене заштите,
- да ће развијати и стратегије побољшања задовољства запослених на радном месту,
- да ће унапређивати процес планирања ради усклађивања између понуде и потражње за здравственим професионалцима,
- да ће Министарство здравља, локалне самоуправе и службе за запошљавање заједнички радити на увођењу флексибилнијих механизма којима ће лакше одговорити на непредвиђене потребе

давалаца здравствених услуга на локалном нивоу,

- да у сарадњи са домовима здравља Министарство планира да ради на развоју програма за КМЕ кадра у здравственим службама, како би квалитет рада и ефикасност у ПЗЗ били унапређени,
- приоритетни програми за едукацију здравственог кадра садржаће оне вештине које су потребне да би се спровеле промене у систему пружања здравствених услуга у ПЗЗ (унапређење тимског рада, рад са вулнерабилним групама становништва, контрола хроничних незаразних болести, промоција здравља, родно осетљива здравствена заштита итд.).⁽⁴⁾

На основу детектованих проблема у ПЗЗ, описаних у стратешким документима Министарства здравља Србије, редизајнирање улога и увођење нових намеће се као једно од бољих решења. Промена високог утицаја број 10, када би се применила у здравственом систему Србије, односила би се на растерећење запослених, унапређење квалитета услуге добијањем додатног времена за рад, стављањем пацијента у фокус, повећање задовољства и запослених и корисника, али и на редизајнирање или увођење нових улога радника у циљу привлачења атрактивне радне снаге, односно ради задржавања постојећег и запошљавања новог кадра. Промена може да буде корисна у областима као што су :

- боља доступност и пријем,
- брига о пацијентима са дуготрајним хроничним стањима и сл.,
- процес пружања услуга се поједностављује и убрзава јер се уклањају активности које немају додатну вредност у потоку пацијената кроз здравствени систем или организацију,
- такође се повећава аутономија пацијената и одлуке се доносе са пацијентом у фокусу.⁽⁴⁾

Да би се уопште размишљало о увођењу редизајнирања постојећих улога здравствених радника, по препорукама Агенције за модернизацију треба одговорити на следећа питања:

- да ли је редизајнирање улога основна компонента редизајнирања услуга,
- да ли ова промена има утицаја на време чекања или непотребно кашњење пацијената,
- да ли би дошло до задржавања или новог регрутовања кадра.

Промена високог утицаја приликом имплементације у ПЗЗ мора да буде базирана на употреби протокола, мора да буде јасна, поуздана и безбедна, а пут пацијената мора да буде дефинисан.⁽⁴⁾

Редизајнирање улога подразумева потребу за континуираном личном и професионалном обуком и доживотно учење, што је у здравственом систему Србије донекле већ дефинисано системом континуираних медицинских едукација. У оквиру примарне здравствене заштите у Србији тренутни показатељи иду у прилог вишка немедицинског кадра, као и вишка одређених специјалности. Редизајнирањем улога детектовани вишак чиновника би могао да преузме већи део административног посла здравствених радника. Тиме би се добило додатно време за рад са пацијентима и повећало би се задовољство и даваоца и корисника. Ослобођене већег дела административног посла, сестре би могле да преузму део активности од лекара, нарочито при пријему пацијената, затим у раду са хроничним болесницима, у рутинским контролама и лаким дијагностичким процедурама, здравствено-васпитном раду и сл. У примарној здравственој заштити то би подразумевало додатну обуку средњег медицинског кадра, пре свега ради прецизне тријаже, брзе дијагностике, затим едукацију за квалитетније узимање анамнезе, давања рутинских савета о исхрани, основној терапији и сл., али и за унапређење тимског

рада, комуникације и развоја оријентације на циљеве. Познато је да су у примарној здравственој заштити нашег здравственог система учестале посете пацијената (нарочито хроничних), понекад и када нема медицинске оправданости, да у нашем систему постоји превага ка куративном у односу на превентивни вид лечења, као и навика самих пацијената за употребом лекова пре него прибегавању здравим стиловима живљења. Ова промена број десет би могла да доведе до значајног унапређења и обостране користи кроз додатно време за квалитетнији рад са пацијентима применом нових вештина. Идентификацијом места у здравственој организацији која су по природи свог посла најоптерећенија и увођењем „асистената практичара” (за неке потребе то могу бити и адекватно едуковане медицинске сестре) на таква места скратило би се време чекања и успоставио би се бољи проток пацијената. Оно о чему би још требало размишљати је увођење „виших практичара” који би вршили пријем или тријажирали хитна стања (то, такође, могу бити и лекари и техничари, у зависности од природе радног места), или додељивањем те улоге циклично сваком од запослених лекара, у одређеном временском интервалу, при чему би остали могли да раде несметано и без застоја. Редизајнирање улога гради се на доброј пракси и доказима. Уводећи нове начине рада организација мора да почне да размишља о улогама у оквиру тимова. Потребно је:

- идентификовати проблем који би био решен новим редизајнирањем улога,
- оценити тренутну радну структуру односно дефинисати „ко ради шта”,
- договорити могућности за нове и редизајниране улоге са додатним вештинама или тренингом,
- дефинисати протоколе и водиче који би дозволили ширем спектру професионалаца да пружају негу пацијентима,
- договорити едукацију и развојни план.⁽⁴⁾

Према препоруци Агенције за модернизацију, валидни индикатори којима би се на конкретан начин мерило системско унапређење на примарном нивоу могу да буду:

- задовољство пацијената или јавности,
- стопе морталитета од одређених болести,
- време потребно за пријем пацијента на први преглед,
- стопе морбидитета,
- број пацијената упућених на консултације одређеним специјалностима на секундарном нивоу,
- број пријема у болницу због акутизације хроничног стања,
- задовољство запослених итд.⁽⁵⁾

СПРЕМНОСТ НА ПРОМЕНЕ

С обзиром на то да увођење сваке промене за собом повлачи и отпор и да, што је већа промена, и отпор је већи, на такав пријем треба рачунати од самог почетка, у зависности од динамике организације и њене спремности за промену.⁽⁶⁾

У нашем систему примарне здравствене заштите протоколи и процедуре се годинама обављају на сличан начин тако да постоје формиране навике и перцепције о перформансама. Такође је утврђена и прихваћена вишегодишња хијерархијска подела улога – лекар, сестра, немедицинско особље. Спремност здравственог кадра за редизајнирање улога била би без отпора у случајевима где то подразумева очување радног места, а то се пре свега односи на немедицинско особље. Мотив за прихватање ове промене од стране лекара и сестара могао би да буде растерећење од администрације, добијање додатног времена за квалитетнији рад са пацијентима и веће задовољство свих. Додатно знање и вештине, као што је наведено раније, били би неопходни и подразумевали би континуирани процес усавршавања и доживотно учење. Спремност на промене такође јако зависи од

организационе и опште културе, хијерархијске структуре, динамичности и самозадовољства организације. Промене је много лакше спровести у колективима са добром организационом културом и адекватно едукованим менаџментом који уме да креира осећај нужности промене и који поседује лидерство.⁽⁷⁾

ИЗВОРИ ОТПОРА

Најчешћи извори отпора леже на местима где је промена у односу на постојеће стање највећа. Отпор је врло уско повезан са страхом.⁽⁸⁾

Најчешћи страхови који изазивају отпор променама су:

- страх од губитка претходно стечених позиција,
- страх од непознатог,
- страх од нове количине знања,
- избегавање одговорности,
- губитак комфора,
- отпор промени стечених навика.⁽⁹⁾

Свако од запослених код кога може да се јави неки од ових страхова био би потенцијални извор отпора. Стратегије за превазилажење отпора односиле би се првенствено на добру информисаност свих запослених у чему се промена састоји, које су предности и користи промене коју ће имати организација у целини а коју сваки запослени појединац. Тражење начина за проналажење личне користи запослених у општој промени подразумевало би и свођење непознавања процеса промене на најмању меру. Промену би требало уводити корак по корак, уз укључивање што већег броја појединаца.⁽¹⁰⁾

Од користити би било познавање и израда мотивационих фактора запослених. У процесу увођења промене избор савезника био би од суштинског значаја. План имплементације промене број десет тј. редизајнирање улога запослених требало би да обухвата следеће:

- анализу и мапирање садашњег процеса (одредити прво шта мапирати),
- идентификацију активности без додате вредности и њихово уклањање,
- сагледавање услуга пацијентовим очима,
- разумевање захтева,
- јасаноћу по питању капацитета,
- прављење ефективног распореда (права особа, на правом месту, ради праву ствар),
- прављење варијација,
- промовисање нових начина рада,
- дефинисање приоритета за унапређење,
- мерење побољшања на основу валидних индикатора.⁽⁴⁾

Стратешка комуникација је битан елемент за превазилажење отпора и имплементацију промене. Придобивање запослених за овакву промену могуће је представљањем користи и за даваоце и за кориснике услуга, као што је растеређење медицинског особља од административног посла; предочавањем користи на дуже стазе коју би сваки појединац имао услед додатно стечених знања и вештина, колико год то изгледало тешко у првом тренутку. Затим, предочавањем потребе за континуираном едукацијом ради очувања постојећег или добијања бољег радног места, приказивањем модела растеређене службе, истицањем већег задовољства пацијената и запослених и могућношћу склапања бољих уговора.⁽⁴⁾

ЗАКЉУЧАК

Министарство здравља је у својим стратешким документима препознало потребу унапређења и модернизације услуге на примарном нивоу, као и оптерећеност здравствених радника администрацијом, односно потребу за растерећењем. Циљ као што је побољшање услуге која се пружа применом ове промене требало би да постане део стратегије Министарства и за унапређење свеукупне перформансе.

Модел промене дефинисане у здравственом систему Велике Британије заснован је на доказима, и уз одговарајуће адаптације нашем систему може да буде једно од квалитетнијих решења. Редизајнирање улога би у здравственом систему Србије, у његовом делу примарне здравствене заштите, био крупан корак, али са вишеструким користима за све главне актере, под условом да промену уводи за то адекватно едукован кадар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боља примарна заштита за све нас. Београд: Министарство здравља Републике Србије, 2010.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes with Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research* June 2003; 38(3): 831–65.
3. European Commission DG Health and Consumer Protection, Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. Luxembourg, 2005.
4. The NHS Modernisation Agency, the Department of Health, High Impact changes for Service Improvement and Deliver. London 2004. Available from URL http://transforminghealth.co.uk/resources/NHSI_10_Impact_Changes.pdf
5. Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D. et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(suppl 1): 14–20.
6. Дулановић Ж, Јашко О. Организациона структура – методе и модели. Београд: Факултет организационих наука, Београд, 2002.
7. Robbins S, Judge T. Organizational Behavior. *San Diego: San Diego State University*; Prentice Hall, 2009.
8. Camall Colin A. Managing Change in Organizations. UK, Harlow: Prentice Hall, 1999.
9. Сајферт З. Управљање променама. Зрењанин: Технички факултет „Михајло Пупин“, Зрењанин, 2008.

Контакт: Др Јелена Крстић, 34000 Крагујевац, уУл. Града Сирена 22/35, тел. 060/5306006, e-mail: drjelenakrstic@hotmail.com